N° 206.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE,

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 19 août 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR CHARLES-MARC PIEDOYE, de Villedieu,

Département de la Manche ;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire, ou par un motif d'intérêt ; mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. CLOQUET, *Examinateur*.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Examinateur*.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON, *Suppléant*.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	LEROUX. FOUQUIER. ..... CHOMEL, *Président*.
Clinique chirurgicale	BOYER, *Examinateur*. DUBOIS. DUPUYTREN. ROUX.
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois.
Bayle.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier, *Suppléant*.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dance, *Examinateur*.	Sandras.
Devergie.	Trousseau.
Dubled, *Examinateur*.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A MON AIEULE MATERNELLE.

Témoignage public de respect et de reconnaissance.

C.-M. PIEDOYE.

ESSAI

SUR

LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

La maladie qui fait le sujet de cette thèse a reçu différentes dénominations fondées sur les troubles fonctionnels les moins équivoques ou sur les lésions organiques qui l'accompagnent : de là les noms de *fièvre putride* (Stoll et autres), *fièvre adynamique* (Pinel), *fièvre entéro-mésentérique* (M. Petit), *gastro-entérite* (M. Broussais), *dothinentérie* (M. Bretonneau), *fièvre typhoïde* (MM. Chomel et Louis). Cette dernière expression nous paraît la plus convenable et la mieux choisie ; elle est fondée sur le symptôme le plus constant de l'affection que nous décrivons, et elle n'entraîne pas, comme la plupart des autres, une prévention particulière soit sur la nature de la maladie, soit sur le traitement qui lui convient.

Causes.

Les causes prochaines de la fièvre typhoïde sont inconnues : on a rangé au nombre des prédispositions une foule de circonstances dont elle est entièrement indépendante, et qui ne font que coïncider avec son apparition. Ce qu'il y a de plus positif sur son étiologie,

c'est qu'elle attaque presque exclusivement les jeunes gens de dix-huit à trente ans, qui habitent une grande ville depuis peu de temps, le plus généralement d'un mois à trois ans, et qu'elle semble sévir plus souvent sur ceux qui n'usent que d'une alimentation malsaine et insuffisante, ou bien qui sont en proie à des affections morales tristes, telles que l'ennui, le chagrin d'avoir quitté son pays. Cette maladie est-elle susceptible de se transmettre par contagion ? Ce que l'on observe journellement dans les hôpitaux ne permet pas de croire à ce mode de propagation. Cette opinion est celle de MM. *Chomel*, *Bouillaud*, *Louis*. Du moins, le silence de ce dernier observateur ne nous semble pas susceptible d'une autre interprétation. A des autorités aussi imposantes, nous pouvons ajouter celle non moins imposante de M. *Andral*. Voici comme il s'exprime à ce sujet dans sa Clinique médicale : « Dans ces derniers temps, le docteur *Bretonneau*, M. *Gendrin*, et quelques autres médecins, ont soutenu que la dothinentérie était une affection éminemment contagieuse : nous ne nions pas les faits cités par ces auteurs ; mais ce que nous avançons avec assurance, c'est que jamais à Paris, soit dans les hôpitaux, soit hors des hôpitaux, nous n'avons reconnu à cette maladie le moindre caractère contagieux. »

Symptômes.

Prodromes. Un sentiment de malaise général, un dérangement dans les fonctions digestives, des frissons, de la céphalalgie, des douleurs contusives dans les membres, tels sont les signes précurseurs de la fièvre typhoïde. Cet état peut durer plusieurs jours sans que les malades se croient obligés de suspendre leurs occupations : seulement, chaque soir le malaise est plus grand, le pouls offre de la fréquence, les frissons reviennent, une chaleur incommode leur succède, et pendant la nuit, le sommeil est agité, souvent interrompu, et nullement réparateur ; mais les symptômes s'aggravent, la fièvre devient continue, la faiblesse fait des progrès ; les malades, forcés de s'aliter, réclament alors les secours des gens de l'art.

Période d'éréthisme. Lorsque les malades s'offrent à votre examen, voici ce que vous observez le plus généralement : ils sont couchés sur le dos, ont une grande répugnance au mouvement, et accusent un grand état de faiblesse ; ils éprouvent des vertiges, de la céphalalgie, sont en proie à l'insomnie, ou bien ont un sommeil court et agité de rêves pénibles; leurs facultés intellectuelles sont inertes, plongées dans la torpeur ; les réponses se font attendre; elles semblent fatiguer les malades, qui les donnent toujours avec justesse, mais d'une manière brusque; leur physionomie a l'expression de l'abattement et de la tristesse ; l'œil est terne, les conjonctives injectées, le teint décoloré, livide, surtout au pourtour des lèvres et des ailes du nez; la soif est vive, la bouche sèche, l'appétit nul, la langue superficiellement recouverte d'un enduit variable, rouge à sa pointe et sur ses bords; les déjections alvines variables pour leur fréquence et leur abondance, le ventre souple et nullement météorisé; la respiration se fait assez bien ; quelquefois elle est pénible et accompagnée de crachats opaques, peu abondans ; la peau est le siége d'une chaleur élevée, le pouls fréquent et assez développé.

La durée de cette période est d'un septénaire environ. Pendant son cours, quelques malades ont des hémorrhagies nasales, et plus souvent à sa fin une éruption cutanée. Celle-ci est formée par des taches rosées, lenticulaires, légèrement élevées au-dessus de la peau ; elle siége ordinairement sur le ventre, la poitrine, est le plus souvent peu abondante, et ne dure que deux à trois jours.

Les caractères de la maladie dans cette période ne sont pas toujours aussi tranchés. Chez quelques malades, ils subissent des modifications qui paraissent tenir à leur tempérament, à la gravité plus ou moins grande de la maladie, et à d'autres causes qu'on ne peut pas toujours apprécier. Alors quelques symptômes prédominans donnent à l'affection une physionomie toute particulière. Chez l'un, on observe tout cet ensemble de phénomènes dont on a formé la fièvre inflammatoire : le pouls est plein, fréquent, la peau chaude, halitueuse, le visage coloré, le ventre paresseux, les urines rouges, etc.

Chez un autre, existent tous les symptômes de la fièvre bilieuse : la chaleur âcre de la peau, la saleté de la langue, l'amertume de la bouche, les nausées, les vomissemens, la douleur épigastrique, etc. Chez un troisième enfin, on retrouve la sécheresse de la langue, le météorisme, le délire, les mouvemens convulsifs, tous les symptômes en un mot de la fièvre ataxique. Quelles que soient au reste les variétés de la fièvre typhoïde dans cette période, si le malade survit, les phénomènes qui les constituent disparaissent, et la maladie se montre alors avec ses signes caractéristiques : nous les groupons dans une deuxième période.

Période d'adynamie. La prostration des forces devient extrême, le décubitus dorsal est seul possible : cette impossibilité du malade à prendre ou garder toute autre position fait naître sur les points habituellement comprimés des ulcérations très-douloureuses et qui font de rapides progrès; la céphalalgie n'existe plus, le malade est en proie à un délire tranquille qui s'accompagne par moment de plaintes prolongées, ou bien il est dans un état de rêvasserie habituelle, et alors une idée fixe, fantastique, le tourmente, et ne lui laisse aucun repos; sa physionomie a l'expression de la stupeur : cet état, qu'il est plus facile de reconnaître sur le malade que de décrire, suffit seul au médecin accoutumé pour lui faire distinguer la fièvre typhoïde de toute autre affection; vient-on à interroger le malade, il sort de son assoupissement, soulève ses paupières habituellement fermées, regarde avec un air de surprise, et ne répond que péniblement et tardivement aux questions qu'on lui adresse; il est dans une indifférence extrême sur sa position; il n'y a pas d'affection, dit *Hildenbrand*, dans laquelle les malades soient moins sensibles à la douleur et si véritablement indolens, dans laquelle il soit si facile de mourir et de se séparer de ce qu'on a de plus cher. Des phénomènes non moins importans s'observent dans les fonctions nutritives : l'haleine est fétide, les dents croûteuses; la langue devient lisse et collante, ou bien sèche et fuligineuse; elle tremble en dépassant le niveau des

dents; le ventre se météorise et est le siége d'une douleur obtuse vers l'ombilic ou la fosse iliaque du côté droit : dans quelques cas, cette douleur ne se décèle que par la pression; la constipation fait place à la diarrhée, à moins que celle-ci n'ait existé dès le début; la respiration fait entendre un râle sibilant, quelquefois crépitant; la peau est brûlante et d'une aridité remarquable; le pouls perd de sa force, de sa fréquence, et devient ondulant.

La plupart des symptômes dont nous venons de faire mention existent chez tous les malades, mais avec une intensité variée : chez un bon nombre d'entre eux, on voit apparaître, vers le quatrième ou cinquième jour de cette période, des sudamina. Cette éruption, moins constante que celle des taches rosées, est formée de vésicules parfaitement transparentes, ayant pour grosseur ordinaire celle d'une tête d'épingle, appréciables au toucher, et n'étant bien visibles qu'en les interposant entre l'œil et la lumière; elle siége autour du cou, des clavicules, de la poitrine et des membres supérieurs. Un autre caractère remarquable de cette période est la rémission des symptômes, ou bien leur état stationnaire, ce qui fait varier sa durée d'un à deux septénaires; on observe aussi des alternatives en bien et en mal, qui doivent rendre le médecin très-circonspect sur l'issue probable de la maladie; mais cette lutte entre l'organisme et les causes qui tendent à le détruire, ce juste milieu du malade, entre le retour à la santé et la mort, finit par disparaître, et l'affection se montre alors avec des signes qui font prévoir sa marche ultérieure. Nous renvoyons leur exposition dans la troisième période.

Période de terminaison. Dans cette période, deux ordres de phenomènes s'observent, suivant que la maladie aura une issue funeste, ou qu'elle marchera vers la résolution.

Dans le premier cas, les symptômes s'aggravent, la contractilité musculaire s'anéantit; le malade vient dans un assoupissement dont il est difficile de le tirer; la face a un aspect sinistre, cadavéreux; les narines sont sèches et comme pulvérulentes, les yeux ternes et cou-

verts d'un enduit glaireux, l'ouïe dure ; quelquefois les parotides se gonflent et entrent promptement en suppuration ; la déglutition est bruyante, passive, les selles involontaires, fétides ; la respiration devient insensible, le pouls filiforme, vermiculaire ; les extrémités se refroidissent, et le malade s'éteint insensiblement par la cessation lente et graduée de toutes les fonctions. Il est un autre mode de terminaison funeste, assez rare, il est vrai, que nous ne devons pas passer sous silence, et qui coïncide avec une perforation des intestins : le malade, arrivé à la deuxième ou troisième période de la fièvre typhoïde, est rapidement entraîné au tombeau, après avoir présenté tous les symptômes d'une péritonite très-intense.

Dans le second cas, les symptômes s'améliorent, le décubitus latéral devient possible, le délire se calme, l'état de rêvasserie cesse, l'intelligence s'éclaircit, la physionomie devient meilleure, la langue s'humecte, l'appétit revient, la liquidité des selles disparaît, la peau perd sa sécheresse, la chaleur y devient douce, modérée, et le malade entre en convalescence.

Convalescence.

La convalescence est toujours longue. Dans les cas les plus heureux, elle ne dure jamais moins de trois semaines à un mois ; une des circonstances qui influent le plus sur sa durée est la cicatrisation des ulcérations ; elle se fait long-temps attendre, et n'est complète qu'au bout de plusieurs mois. La desquamation de la peau et la chute des cheveux arrivent assez souvent à la suite de cette maladie. Quelques convalescens conservent encore un peu de cet état de stupeur dans lequel ils étaient naguère plongés ; leur pouls offre encore de la fréquence, et les évacuations alvines se répètent plusieurs fois chaque jour. Le médecin, dans ces circonstances, doit avoir des craintes et redoubler d'attention dans le choix et la prescription des alimens.

Diagnostic.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est toujours facile lorsqu'elle est arrivée à sa seconde période : la prostration des forces, le *facies* du malade, l'état de ses facultés intellectuelles, les éruptions cutanées, le météorisme, la diarrhée, sont autant de signes qui ne permettent pas de confondre cette affection avec aucune autre ; mais il peut offrir des difficultés dans la première période. En effet, il arrive quelquefois que les signes caractéristiques de la maladie ne sont qu'imparfaitement développés, ou sont tellement cachés sous les symptômes prédominans, qu'il est presque impossible de la distinguer si l'on n'est dirigé que par des connaissances superficielles en séméiotique : il faut tenir compte alors des circonstances au milieu desquelles elle apparaît, des phénomènes qui marquent son invasion, du mode de succession des accidens, et on aura un ensemble de signes qui permettra, dans le plus grand nombre des cas, de porter un jugement fondé.

Prognostic.

Le prognostic est très-grave eu égard à la nature de la maladie, et très-difficile, lorsque d'après l'examen des symptômes on veut en faire l'application à sa marche ultérieure : il n'y a pas, en effet, d'affection aussi insidieuse dans sa marche, aussi variable dans ses accidens, et aussi sujette, dans sa période de déclin, à des redoublemens inopinés. Combien de fois ne voit-on pas cette maladie débuter sous une forme bénigne et avoir une terminaison funeste, d'autres fois s'annoncer par des symptômes alarmans et avoir une issue heureuse ; il faut aussi se rappeler que la perforation de l'iléon, que rien ne peut faire prévoir, arrive dans les cas où les symptômes ont peu d'intensité, comme dans ceux où ils en ont beaucoup. Cependant le prognostic est, en général, moins grave chez les individus qui sont forts et vigoureux que chez ceux qui sont faibles et délicats ; on peut

aussi espérer une terminaison heureuse lorsque les symptômes sont modérés ; l'ataxie, la tympanite, les selles involontaires sont des signes du plus mauvais augure ; l'apparition d'une pneumonie est encore une très-fâcheuse complication ; enfin on voit les malades échapper à tous ces accidens et être victimes de la suppuration excessive des escharres.

Anatomie pathologique.

Parmi les lésions qu'on trouve chez ceux qui ont succombé à la fièvre typhoïde, il en est qui sont à peu près constantes, d'autres variables et accessoires. Les premières ont leur siége dans le tube digestif et ses annexes. En ouvrant les intestins, on trouve, depuis le commencement, et le plus ordinairement depuis le milieu du jéjunum jusque dans le cœcum, des pustules ayant le volume d'un grain de millet : elles sont arrondies, grisâtres, et correspondent aux follicules isolés de *Brunner;* outre ces pustules, on trouve, du côté convexe des intestins, des taches, dont les unes sont d'un rouge plus ou moins vif, les autres jaunâtres ou ardoisées ; elles correspondent aux follicules agglomérés de *Peyer.* Ces taches ont une forme ovalaire, font relief sur la membrane muqueuse de l'iléon, et deviennent plus nombreuses et plus larges, à mesure qu'on s'approche de sa partie inférieure. La couche celluleuse subjacente est épaissie, injectée, et contribue à rendre leur saillie beaucoup plus marquée. D'autres fois, à la place de ces plaques et de ces pustules, on trouve des ulcérations n'occupant ordinairement que la membrane muqueuse, intéressant quelquefois la membrane musculaire, et dans des cas plus rares s'étendant jusqu'à la tunique péritonéale. Les bords de ces ulcérations sont arrondis, coupés à pic, et quelquefois détachés du tissu cellulaire subjacent. Le premier état des plaques ne s'observe que lorsque la maladie a eu promptement une terminaison funeste, tandis que le second ne se trouve jamais que lorsqu'elle a dépassé le douzième jour de sa durée. Enfin, à une époque plus reculée, on observe une

marche rétrograde, un retour vers leur type normal dans les follicules intestinaux. Ceux qui n'ont été le siége d'aucune altération, s'affaissent, deviennent plus fermes, et prennent une teinte bleuâtre, plus ou moins violacée. Les ulcérations ont moins d'étendue, sont à bords inégaux, dentelés, ou bien à leur place existe une véritable cicatrice : celle-ci est formée par une pellicule extrêmement mince, de l'aspect des membranes séreuses, recouvre la tunique musculaire, et adhère, par ses bords, aux bords des ulcérations qui se sont préalablement affaissés.

Une autre altération, qui accompagne toujours celle des glandes de *Peyer*, se montre dans les ganglions lymphatiques du mésentère. Si ces organes sont examinés aux diverses époques qui viennent d'être passées en revue, ils sont d'abord rouges, tuméfiés, sans avoir perdu de leur consistance; plus tard, ils se ramollissent, s'écrasent facilement sous les doigts, et présentent quelquefois de petits abcès dans leur intérieur : toujours les plus gros et les plus malades correspondent aux plaques les plus nombreuses et les plus développées. Enfin, avec la marche des plaques ou des ulcérations vers la guérison, ils reviennent à leur état normal; ils diminuent de volume, reprennent leur consistance et leur couleur naturelles.

Parmi les lésions accessoires, les plus remarquables sont la perforation de l'iléon, la rougeur et le ramollissement de la membrane muqueuse placée dans l'intervalle des plaques; l'injection, la tuméfaction et le ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac, les ulcérations de l'œsophage, du pharynx, du cœcum, du rectum; le ramollissement du cœur, du foie, de la rate; l'augmentation de volume de ce dernier organe; l'engouement et l'hépatisation des poumons; la présence d'un épanchement dans la cavité des plèvres, de l'arachnoïde, l'injection de la substance cérébrale. Nous ferons observer, à l'égard de toutes ces lésions, que la plupart d'entre elles n'existent que lorsque la fièvre typhoïde a emporté le malade à une époque assez éloignée de son apparition, tandis que les follicules intestinaux

et les ganglions mésentériques se trouvent seuls altérés, si elle a été mortelle dès le début.

Traitement.

Il n'est pas d'affection dont le traitement ait plus varié que celui de la fièvre typhoïde : les antiseptiques, les purgatifs, les toniques, les antiphlogistiques, ont été tour à tour vantés et mis en usage. Les bornes de cette thèse ne nous permettent pas d'exposer les raisons qui ont porté les médecins les plus distingués à adopter telle ou telle méthode de traitement ; il nous suffira de faire observer qu'elles ont toutes leur source dans les idées variées de leurs auteurs sur la nature de la maladie. L'une d'elles doit-elle être employée à l'exclusion des autres? Nous ne le pensons pas. Leur combinaison est le mode de thérapeutique qui nous paraît le plus sage, et qui est le plus généralement employé : avouons cependant qu'assez souvent il est insuffisant, quoiqu'il semble être en harmonie avec les différens états du malade dans les diverses périodes de la maladie.

Au début, il faut employer les antiphlogistiques : cependant il ne faut pas trop persister dans leur emploi, en raison de la grande prostration qui les suit : ainsi on doit se borner à pratiquer une saignée générale proportionnée à la force du sujet et à l'intensité du mouvement fébrile ; rarement on y a recours une seconde fois, à moins que l'affection n'ait un caractère inflammatoire très-intense : les saignées locales sont réservées pour les cas où des congestions alarmantes s'observent vers des organes importans à la vie. Outre l'emploi de ces moyens, on prescrit au malade des boissons adoucissantes, rafraîchissantes, laxatives : ainsi, suivant les indications, on lui administre l'eau gommée, l'eau de riz, la limonade, le petit-lait ; ces dernières boissons sont rendues légèrement laxatives par l'addition de quelques purgatifs minoratifs, tels que la casse, les tamarins, le sulfate de soude, s'il existe de la constipation : on combat encore cet état par des lavemens faits avec la décoction de graine de lin. Tant que le mouvement fébrile est considérable, la chaleur forte et le pouls très-accéléré, le même

traitement doit être continué ; mais plus tard, alors que ces symptômes ont perdu de leur intensité, que la chaleur est médiocre, la diarrhée modérée, que rien n'indique une lésion de la membrane muqueuse de l'estomac, il faut recourir aux toniques. Si l'on craint quelque erreur de diagnostic relativement à l'état de l'estomac, il faut commencer par les plus faibles, se borner d'abord à l'infusion froide de quinquina, et si elle ne produisait pas de mauvais effets, l'on passe à des toniques forts, au sulfate de quinine, à la dose de huit, dix, douze grains dans une potion aromatique avec le sirop de quinquina, donnant en même temps pour boisson une limonade vineuse, ou bien l'infusion de quinquina. Quelques praticiens ont conseillé l'acide hydrochlorique, dans le but de déterger les ulcérations et de hâter leur cicatrisation. Guidés par les mêmes motifs, d'autres ont employé le chlorure de soude. M. *Chomel* en a fait un heureux essai sur quatre malades qui ont guéri, sans que cependant il ait pu apprécier son action immédiate sur les symptômes : aussi cet illustre praticien pense que l'efficacité de ce médicament a besoin d'être confirmée par des observations ultérieures, et il nous rappelle, à ce sujet, dans ses excellentes conférences cliniques, que les premiers essais de l'eau gazeuse dans le traitement de la même maladie lui donnèrent des résultats aussi avantageux, qui ne furent pas confirmés par une plus longue expérience.

Les révulsifs ne doivent pas être rejetés comme le veulent quelques praticiens. Leur influence sur les phénomènes cérébraux, contre lesquels on les emploie ordinairement, n'est pas, il est vrai, bien démontrée : mais ils peuvent être avantageux dans certaines complications que la faiblesse du malade ne permet pas de combattre par les antiphlogistiques ; c'est ainsi qu'on voit les vésicatoires appliqués sur la poitrine réussir quelquefois contre des pneumonies intercurrentes : nous avons été témoin d'un fait de ce genre, où l'amendement était évidemment le résultat de leur application.

A tous ces moyens, on ajoute ceux fournis par l'hygiène : il faut fréquemment renouveler l'air de l'appartement du malade, le changer

souvent de linge, entretenir sur lui la plus grande propreté, varier sa situation pour prévenir les effets de la compression, relever convenablement son moral. On ne saurait trop prodiguer les ressources hygiéniques dans une affection dont la marche est si longue et si faiblement influencée par les agens thérapeutiques.

PROPOSITIONS.

I.

Il est des affections dont l'usage seul des saignées peut amener la guérison ; il en est d'autres contre lesquelles elles sont impuissantes sans le secours de quelque autre moyen thérapeutique ; il en est en fin où elles sont funestes.

II.

Dans la péritonite puerpérale les lochies ne se suppriment pas toujours. Quand la suppression survient, ce n'est ordinairement qu'après l'invasion de cette phlegmasie ; elle doit être regardée comme l'effet et non comme la cause de cette maladie, au moins dans le plus grand nombre des cas.

III.

Un phénomène analogue s'observe à la suite des grandes amputations. Une plaie qui fournissait une bonne suppuration se dessèche tout à coup après l'invasion d'une phlegmasie interne, soit qu'elle se développe spontanément, soit qu'elle ait été provoquée par un écart de régime ou toute autre cause.

IV.

Les plaies du cuir chevelu tirent une gravité particulière de sa structure aponévrotique et celluleuse, du grand nombre de vaisseaux

et de nerfs qui rampent dans son épaisseur, de la proximité du crâne et de l'encéphale ; elles doivent toujours être combattues par un traitement antiphlogistique actif, parce que souvent, quoique légères en apparence, elles sont suivies d'accidens très-graves et même funestes.

V.

Il est une différence importante à établir pour le prognostic de la hernie abdominale, c'est de distinguer si elle est ou non réductible. En effet, une hernie réductible n'est une maladie grave qu'autant qu'on la laisse à l'extérieur, ou qu'on emploie des moyens de contention défectueux ; quand elle est irréductible, au contraire, elle est l'occasion d'une foule d'incommodités habituelles, de coliques, de borborygmes, de digestions pénibles, d'inflammation des intestins, et celle est surtout exposée à deux accidens redoutables, qui sont l'engouement et l'étranglement.

VI.

Ces deux états long-temps confondus par les auteurs diffèrent cependant l'un de l'autre : l'engouement est l'accumulation de matières stercorales ou alimentaires dans une anse intestinale sortie du ventre ; en donnant aux parties un plus grand volume, il peut amener l'étranglement. Celui-ci, au contraire, est la constriction exercée sur les parties par la circonférence de l'ouverture par laquelle elles passent ou bien par le collet du sac herniaire ; il prévient l'engouement en s'opposant à l'abord des matières dans l'anse intestinale contenue dans la hernie.

FIN.